The effectiveness of Based on acceptance and commitment therapy education on reducing loneliness among the elderly with empty nest syndrome

Fatollahzadeh N[1], Saeedi F[2], Ipchi hagh S[3], Saadati N[4], Rostami M[5]

Abstract

Introduction and purpose: Increased longevity, Quality of life and affects a person's ability to live independently and put him in need of the care and support of others. This study aimed to evaluate the effectiveness of Based on acceptance and commitment therapy to reduce loneliness in the elderly Empty nest syndrome was performed.

Material and Methods: The research method was quasi with pretest-posttest with control group. Study population included all patients Empty Nest Syndrome Clinic Mehravar elderly counseling center was in the summer of 2016. A total of 30 people who were eligible for the study Using judgmental sampling method chosen and two groups randomly (15 experimental and 15 controls) were replaced. 8 sessions of 90 minutes based on acceptance and commitment therapy during 2 months for the experimental group was done as a group. All participants before and after treatment, loneliness questionnaire Completed. Data were analyzed using software SPSS-22 and multivariate (MANCOVA) was used.

Findings: The results of multivariate analysis of variance (MANCOVA) showed Based on acceptance and commitment therapy had a significant effect on Loneliness (P =0.002, F =11.63) and Reduced in scale family (P =0.003, F = 10.24), Emotional subscale (P =0.001, F =14.65) and In scale Friends (P = 0.01, F =13.50) in Empty Nest Syndrome is among the elderly

Conclusion: The most serious danger that threatens the isolated elderly individuals taking him by those around him. In this case, a person could create an intimate and close relationship loses. Gradually alone elderly person's mental health problems.Thus the need for application-focused treatments for mood disorders And emotional loneliness of the elderly in particular a reduction is necessary.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, loneliness, empty nest syndrome, elderly

Received: 2016/12/22 Accepted: 2017/02/19

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1- M.A. in Clinical psychology, Islamic Azad University, Branch Rodehen, Rodehen, Iran
2 -M.A.of Psychology, Islamic Azad University, South Tehran Branch
3 -M.A. in counseling, Islamic Azad University, Branch Rodehen, Rodehen, Iran
4- Ph.D. student in counseling, Islamic Azad University, Branch Isfahan (Khorasgan), Isfahan, Iran
5- PhD student of counseling, Islamic Azad University, Branch Science and Research, Tehran, Iran
Email:Mehdi.rostami25@gmail.com

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.89]

اثربخشی گروهی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی در سالمندان با سندرم آشیانه خالی

نوشین فتح‌اله‌زاده[۱]، فاطمه سعیدی[۲]، سیمین ایپچی حق[۳]، نادره سعادتی*[۴]، مهدی رستمی[۵]

تاریخ دریافت مقاله: ۲ /۱۰ / ۱۳۹۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۲/۱/ ۱۳۹۵

چکیده

مقدمه و هدف: افزایش طول عمر، کیفیت زندگی و توانایی فرد برای زندگی مستقل را تحت تاثیر قرار داده و او را نیازمند مراقبت وحمایت دیگران می نماید. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی در سالمندان با سندرم آشیانه خالی انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری مطالعه حاضر شامل کلیه‌ی مراجعه کنندگان سالمند با سندرم آشیانه خالی به مرکز مشاوره کلینیک مهرآور در تابستان ۱۳۹۵ بود. تعداد ۳۰ نفر که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه‌ی تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) جایگزین شدند. ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی ۲ ماه برای گروه آزمایش به صورت گروهی انجام گرفت. تمام شرکت کننده‌ها قبل و بعد از درمان، پرسشنامه‌ی احساس تنهایی را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-22 و تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر معنی‌داری بر احساس تنهایی (P= ۰/۰۰۲، F=۱۱/۶۳) دارد و باعث کاهش خرده مقیاس خانوادگی (P= ۰/۰۰۳، F=۱۰/۲۴)، خرده مقیاس عاطفی (P= ۰/۰۰۱، F=۱۴/۶۵) و خرده مقیاس دوستان (P= ۰/۰۰۱، F=۱۳/۵۰) در بین سالمندان با سندرم آشیانه خالی شده است

نتیجه‌گیری: جدی‌ترین خطری که هر فرد سالمند را تهدید می‌کند در انزوا قرار گرفتن او از سوی اطرافیان است. در این حالت شخص امکان ایجاد ارتباط صمیمی و نزدیک با دیگران را از دست می‌دهد. تنهایی به تدریج فرد سالخورده را دچار مشکلات روانی می‌کند. در نتیجه لزوم کاربست درمان‌های متمرکز بر مشکلات خلقی و عاطفی سالمندان به ویژه کاهش احساس تنهایی ضروری می‌باشد.

کلید واژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، احساس تنهایی،سندرم آشیانه خالی، سالمندان

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین، خمین، ایران
۲کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی روانشناسی بالینی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران
۴. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** dr.nsaadati@gmail.com
۵. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.89]

مقدمه

افزایش چشمگیر جمعیت سالمند در سراسر دنیا پدیده ای است که از قرن بیستم آغاز شده است. سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان دنیا را حدود ۷ میلیون نفر برآورد کرده است و پیش‌بینی می‌شود که این جمعیت در ۴۰ سال آینده دو برابر شود ()). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی امید به زندگی در ایران، در مردان ۶۷ سال و در زنان ایرانی ۷۱ سال است که نشان می‌دهد آمار سالمندان ایرانی نیز رو به افزایش است و جامعه در آینده در برابر مسائل جدی مربوط به سالمندان و حل مشکلات آنها قرار خواهد گرفت. بنابراین سالمندی و شرایط ویژه‌ی افراد سالمند و تأمین بهداشت روانی و جسمانی آنها از جمله مسائلی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد (۱).

عوامل فردی مانند سن، جنس، نژاد و ویژگی‌های اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی در زمان و میزان سالمندی تأثیرگذار است. تغییرات ایجاد شده در دوران سالمندی شامل مسائلی همچون کاهش توانایی‌های فیزیکی، تغییر پاسخ بدن به داروها، تجربه‌ی وقایع مهم زندگی همچون بازنشستگی، اقامت در خانه‌های سالمندان و کاهش درآمد (۲)، کم شدن موقعیت‌ها برای برقراری ارتباط‌های اجتماعی، از دست دادن حمایت اجتماعی و مشارکت کمتر در جامعه (۳) و از دست دادن استقلال که تأثیر عمیقی بر هویت این افراد دارد (۴) می‌شود. تمامی این عوامل می‌تواند منجر به ایجاد احساس تنهایی در سالمندان شود. از طرفی، افزایش روزافزون جمعیت سالمندان و از طرف دیگر، تغییرات اجتماعی اقتصادی و شیوه‌ی زندگی فردی و خانوادگی باعث افزایش تعداد مؤسسات نگهداری سالمندان شده است.

افزون بر آن، اهمیت خانواده به اندازه‌ای است که سلامت و بالندگی هر جامعه وابسته به سلامت و رشد خانواده در آن است. هر خانواده وضعیت و فضای عاطفی منحصر به فرد دارد و روش اداره و نوع عملکرد آنها با یکدیگر متفاوت است، برای همین دانشمندان و صاحبنظران تقسیم بندی‌های مختلفی از خانواده ارائه می‌دهند (۲) تعاملات درون خانواده یکی از مهمترین عوامل تعیین کننده سلامت روانی است. ممکن است عواملی در راه اندازی علائم و تسهیل بروز افسردگی دخیل باشند که از دست دادن سایر اعضای خانواده و دوستان و تجربهٔ فقدان از جمله‌ی این عوامل است (۵). به محض آنکه فرزندان خانه را بدرود می‌گویند زن و شوهر سعی می‌کنند به زندگی یا روابط خود معنا بدهند. در این دوره برخی ناراحتی ها و حتی استرس منفی تجلی می‌کنند که تحت عنوان "سندرم اشیانه خالی" یا "سندرم اشیانه متروک" از آنها نام می‌برند (۶).

یکی از پدیده‌های سنین میانسالی، سندرم آشیانه خالی نامیده می شود و نوعی افسردگی است که پس از آنکه آخرین فرزند خانه را ترک کرد در زن و مرد ایجاد می شود. در این دوره اگر فعالیت‌هایی انجام نشود ممکن است پدر و مادر افسرده شوند (۷). در الگوی مرحله‌ای Duvall چرخه های زندگی خانوادگی، تحول متعارف یک خانواده کامل و تمام عیار –منظور خانواده ای است که پدر و مادر هر دو در آن حضور دارند– در قالب هشت مرحله صورت می‌گیرد، که این مراحل با ازدواج شروع می‌شوند و با مرگ دو همسر به پایان می‌رسند که دوره آشیانه خالی مرحله ششم می باشد؛ که البته این مراحل تا حدودی دلبخواهی است و

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.89]

این الگوی هشت مرحله‌ای از Duvall است (۸). از این رو، وظیفه درمانگر آن است که به خانواده کمک کند تا بحران (آشیانه خالی)، را به کمک یکدیگر برطرف سازند، و از این طریق به توازن جدیدی دست یافته و با ساخت خانوادگی جدید خویش منطبق شوند. اگر چنین چیزی تحقق یابد، خانواده مجدداً سیر تحولی خود را به پیش خواهد برد و ممکن است غیبت فرزندان در خانه باعث افزایش تعارضات زناشویی گردد، یا به خاطر احساس پوچی و فقدان معنا در زندگی، به آنها حالت افسردگی و تنهایی دست دهد (۹). بنظرکارتر و مک گلدریک (به نقل از ۴) وقتی فرزندان خانه را ترک می‌گویند، احساس نومیدی در والدین آنها بالا می‌رود. در سالمندان بعد از علل جسمانی، احساس تنهایی و افسردگی دومین علت ناتوانی برآورد شده است. نتایج پژوهش‌ها در ایران نشان داد یک سوم مراجعان سرپایی سالمندان به مراکز درمانی از اختلالات روانی رنج می‌برند و شایعترین اختلال روانی در این گروه، افسردگی ۵۸٪ است (۱۰).

افزون بر آن، احساس تنهایی سالمندان یکی از مشکلات روانی و اجتماعی است که کمتر به آن توجه شده است. کاهش قوای جسمی و سلامتی و فوت نزدیکان، سالمندان را در خطر انزوا قرار می‌دهد و تنهایی در اواخر عمر برای بسیاری از آنان ناخوشایند و فرساینده است (۱۱). شیوع احساس تنهایی در بین سالمندان از ۲ تا ۱۰ درصد گزارش شده است (۱۱) بسیاری از سالمندان دوره‌ی پیری را به عنوان دوره‌ی تنهایی توصیف کرده و از آن به عنوان یک تجربه‌ی ناخوشایند و ترسناک یاد می‌کنند (۱۲). بنابراین به نظر میرسد که این مقوله به توجه خاصی نیاز داشته باشد (۱۳). علاوه برآن، پذیرفته نشدن از سوی دیگران و انزوای اجتماعی از علل مهم بیماری‌های روانی در سنین سالمندی به شمار می‌روند (۱۴) پژوهش‌ها نشان داده‌اند که احساس تنهایی مقدمه‌ی افسردگی و فراموشی است (۱۵) و ادامه‌ی حیات را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۱). نتایج پژوهش Abitov Ildar & Gorodetskaya (۱۶) نشان داد افراد سالمندی که در خانه‌ی سالمندان زندگی می‌کنند از احساس تنهایی بیشتر و سرسختی روانشناختی کمتری نسبت به سالمندان ساکن در محیط خانواده برخوردارند. نتایج پژوهش Werner & Dimitris (۱۷) نشان داد که سالمندان چینی ساکن در سرای سالمندان احساس تنهایی زیادی را تجربه می‌کنند و عملکرد و حمایت خانواده میتواند احساس تنهایی آنها را کاهش دهد. Luo & Waite (۱۸) نیز در پژوهشی نشان دادند که افراد سالمند احساس تنهایی بیشتری دارند که میتوان با شرکت در فعالیتهای اجتماعی، برنامه‌های فردی در اوقات فراغت و انجام ورزش احساس تنهایی آنها را کاهش داد. نتایج پژوهش Alpass & Neville (۱۹) نشان داد که احساس تنهایی در بین افراد ساکن خانه‌ی سالمندان به طور معنی‌داری بیشتر از سالمندانی است که با اعضای خانواده‌ی خود زندگی میکنند. صدری دمیرچی و رمضانی (۱) نشان دادند آموزش درمان وجودی باعث کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان شده است. همچنین خالدیان و همکاران (۷) نشان دادند که آموزش گروهی درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سالمندان با سندرم آشیانه خالی موثر بوده است. همچنین خالدیان و سهرابی (۲) در پژوهشی دیگر نشان دادند که آموزش گروهی معنا درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سالمندان با سندرم آشیانه خالی موثر بوده است.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.89]

از این رو، درمانهای مختلفی در زمینه‌ی بهبود وضعیت روانشناختی سالمندان اجرا گردیده است از جمله میتوان به واقعیت درمانی، معنادرمانی، و درمان شناختی رفتاری اشاره کرد. از جمله درمان‌های دیگری که میتواند در زمینه‌ی بهبود سلامت روانی و غنی‌سازی زندگی سالمندان تأثیرگذار باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از الگوهای درمانی بسط یافته‌ی اخیر است که فرایندهای درمانی کلیدی آن با درمان شناختی رفتاری–سنتی متفاوت است و اصول زیربنایی آن شامل (۱) پذیرش یا تمایل به تجربه‌ی درد و یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن و (۲) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته است که در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیرکلامی منجر به کارکرد سالم می‌شود. این روش شامل تجربیات تجربی و تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون آموزش مراقبت ذهنی است (۲۰).

پذیرش و تعهد درمانی در سال ۱۹۸۶ توسط Hayes ایجاد شد. این روش قسمتی از موج سوم درمان‌های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها از قبیل درمان شناختی رفتاری پدید آمدَ. پذیرش و تعهد درمانی با یک برنامه‌ی تحقیقی تحت عنوان نظریه‌ی نظام ارتباطی در ارتباط است. آشکارا این رویکرد تغییر کارکرد افکار و احساسات به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آنها را می پذیرد (۲۱) هدف اصلی، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این که عملی تنها جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۲۲). در این درمان ابتدا سعی می‌شود تا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابل آن، اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچگونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه‌ی حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه‌ی حال آگاهی می‌یابد. در مرحله‌ی سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا این که ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روش‌شناسی ارزشها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما) و هراس ها باشند (۲۳ و ۲۴).

با توجه به اینکه پژوهش‌های چندانی در زمینه سندرم آشیانه خالی که یکی از هشت مرحله‌ی چرخه های زندگی خانوادگی می باشد (۷) صورت نگرفته هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی در سالمندان با سندرم آشیانه خالی می باشد و جهت پاسخگویی به این سئوال به اجرا درآمد: که آیا درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.89]

تعهد بر کاهش احساس تنهایی در سالمندان با سندرم آشیانه خالی موثر می باشد؟ بنابرآنچه ذکر گردید این پـژوهش درصـدد اسـت طی فرایندی علمی روی دوگروه گواه وآزمون، با استفاده از روش درمانی گروهی مبتنـی بـر پـذیرش و تعهـد، احسـاس تنهـایی در سالمندان با سندرم آشیانه خالی را در مراجعـه کننـدگان بـه مرکـز مشاوره مهرآور تهران مورد مطالعه قرار دهد.

مواد و روش

طرح این پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه گواه است. در این پژوهش جامعه آمـاری را کلیـه مراجعـه کنندگان به مرکز مشاوره مهرآور منطقـه ۱۱ تهـران شـامل مـی شوند. از بین کلیـه سـالمندان مراجعـه کننـده بـه مرکـز مشـاوره، سالمندانی که واجد شرایط بودند و با توجه به ملاک‌هـای ورود بـه پژوهش: فرزندانشان آنها را ترک کرده اند و از آنها جدا شـده انـد، عدم تشخیص در یکی از محورهای راهنمـای تشـخیص آمـاری اختلال‌های روانی، عدم دریافت داروهای روانپزشکی برای مـدت بیش از دو هفته قبل از شروع مداخله، عدم شـرکت همزمـان در برنامه‌ی درمانی دیگر، داشتن سواد خوانـدن و نوشـتن، و کسـب نمره‌ی بالاتر از یا برابر با نقطـه‌ی بـرش پرسشـنامه‌ی احسـاس تنهایی بود. افراد دارای شرایط فوق و مایل به همکاری با کسـب رضایتنامه کتبی وارد پژوهش شدند. از جمله ملاک‌هـای خـروج، عدم تمایل به ادامه‌ی درمان و عدم مشارکت و همکاری در فرایند اجرای درمان و غیبت بیش از دو جلسـه در جلسـات درمـان بـود. پس از بررسی‌های ابتدایی و مصاحبه‌هـای صـورت گرفتـه از بـین مراجعه کنندگان واجد شرایط ۳۰ سالمند به صورت هدفمند انتخاب شدند سپس در دو گـروه آزمـایش (۱۵ نفـر) و گـواه (۱۵ نفـر) بـه صورت تصادفی کاربندی شدند. گـروه آزمـایش ۸ جلسـه آمـوزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی را دریافـت کردنـد، امـا گروه گواه مداخله ای را دریافت نکردند. جهت تحلیل داده هـا از آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون تحلیل واریانس چند متغیره) استفاده شد.

مقیاس احساس تنهایی. ساخت و اعتباریابی مقیـاس بـرای اولین بار توسط دهشیری در بین دانشجویان ایرانی صورت گرفته است. این مقیاس دارای سه عامل تنهایی ناشی از روابط خانوادگی (۱۶ سؤال)، تنهایی ناشی از ارتباط بـا دوسـتان (۱۱ سـؤال) و نشانه‌های عاطفی تنهایی (۱۱ سئوال) تشکیل شده است و در کل ۳۸ سؤال دارد. مقیاس احساس تنهایی و سه خرده مقیـاس آن از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱، و خـرده مقیـاس‌هـای تنهـایی ناشـی از ارتباط با خانواده۰/۸۰، تنهایی ناشی از ارتباط بـا دوسـتان ۰/۸۸ و نشانه‌های عاطفی تنهایی ۰/۷۹ است. اعتبار بازآزمایی مقیـاس در مورد ۳۷ نفر از دانشجویان با فاصله‌ی زمانی دو هفته بـرای کـل مقیاس ۰/۸۴، خرده مقیاس‌های تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده ۰/۸۳، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان ۰/۸۴ و نشانه‌های عاطفی تنهایی ۰/۷۶ بوده است. این ضرایب بیانگر ثبات نمرات مقیـاس تنهایی در طول زمان است (۲۵). نمره‌گذاری با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (طیف ۰ تا ۴) صورت می‌گیرد که در گروهـی از سؤالات خیلی زیاد نمره‌ی صفر، زیاد ۱ ، متوسـط ۲، کـم ۳ و خیلی کم ۴ می‌گیرد و برای گـروه دیگـری از سـؤالات بـه طـور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نقطه‌ی برش پرسشنامه ۹۷ می‌باشد که نمرات بالاتر از ۹۷ نشان دهنده‌ی وجود احسـاس تنهـایی در

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.89]

افراد است. **طرح درمانی پذیرش و تعهد.** در این پژوهش سالمندان بر اساس بسته‌ی آموزشی کتاب درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ایزدی و عابدی (۲۴) و Dahl و همکاران (۲۶) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در ۸ هفتهٔ پیاپی مورد مداخله قرار گرفتند که خلاصهٔ محتوای هر جلسه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- خلاصه محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.
جلسه دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی و ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه چهارم	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه پنجم	معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار /احساسات، کارکردهای روانشناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند .دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق باارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون.

روش جرا

در جلسه توجیهی روش درمان و اهداف پژوهش حاضر به صورت کلی برای مراجعان توضیح داده شد. پس از مصاحبه و غربالگری از بین مراجعان واجد شرایط ۳۰ نفر به شیوه‌ی در دسترس هدفمند انتخاب و پس از آن در دو گروه گواه و آزمایش به صورت تصادفی جایگزین شدند. قبل از آغاز جلسات اصلی درمان، جلسه‌ای برای گروه آزمایش تشکیل شد و در این جلسه تمام قواعد و قوانین ضروری گروه توضیح داده شد. در این جلسه سعی شد تا حدودی افراد با هم تعامل داشته باشند و با هم صحبت کنند تا اضطراب اولیه‌ی ورود به گروه در آنها کاهش یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۸ جلسه) هفته‌ای یک جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد. به دلیل رعایت اصول اخلاق در پژوهش، شرکت‌کنندگان آزاد بودند که در صورت عدم تمایل به ادامه‌ی درمان، جلسات را ترک کنند. همچنین به دلیل مسائل اخلاقی و همچنین انگیزه حضور در پژوهش به گروه گواه تعهد داده شد که پس از پایان جلسات درمانی گروه آزمایش، آن‌ها نیز تحت آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار خواهند گرفت. از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر میانگین سنی شرکت کنندگان در هر دو گروه ۷۰/۰۳ سال با انحراف معیار ۲/۹۱ بود. همچنین ۷ نفر از این شرکت کنندگان (۲۳/۳٪) دارای مدرک تحصیلی زیر دیپلم، ۱۸

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.89]

نفر (۶۰/۰۰٪) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۳ نفر (۱۰/۰۰٪) دارای مدرک کاردانی و ۲ نفر (۶/۷٪) دارای مدرک تحصیلی لیسانس می‌باشند. جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه را در متغیر احساس تنهایی و خرده مقیاس‌هایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

همچنین در جدول (۳ و ۴) نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان نمرات احساس تنهایی و خرده مقیاس‌هایش در گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۲- داده‌های توصیفی نمرات احساس تنهایی و مؤلفه‌هایش در گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (N=۳۰)

شاخص‌های آماری			پیش‌آزمون		پس‌آزمون		آزمون شاپیرو-ویلکز		آزمون لوین	
متغیر		گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری
احساس تنهایی		آزمایش	۱۱۰/۰۰	۶/۱۹	۱۰۲/۶۶	۵/۷۵	۰/۹۴	۰/۴۲	۲/۲۳	۰/۱۴
		گواه	۱۰۹/۴۶	۴/۲۹	۱۰۹/۱۳	۴/۵۶	۰/۹۵	۰/۶۸	۱/۵۹	۰/۲۳
خرده مقیاس‌های احساس تنهایی	خانوادگی	آزمایش	۴۷/۳۳	۴/۲۵	۴۱/۱۳	۴/۵۴	۰/۹۶	۰/۷۸	۰/۳۵	۰/۵۵
		گواه	۴۶/۵۳	۳/۹۷	۴۶/۲۰	۴/۱۰	۰/۸۸	۰/۰۶	۰/۴۹	۰/۶۴
	عاطفی	آزمایش	۳۴/۶۶	۲/۴۳	۳۱/۰۰	۲/۳۶	۰/۹۶	۰/۷۶	۰/۷۷	۰/۸۳
		گواه	۳۴/۶۰	۲/۷۲	۳۴/۴۰	۲/۵۰	۰/۹۲	۰/۲۵	۱/۲۰	۰/۱۹
	دوستان	آزمایش	۳۷/۵۳	۲/۵۰	۳۳/۷۳	۲/۵۷	۰/۹۲	۰/۲۳	۱/۰۴	۰/۲۱
		گواه	۳۷/۰۶	۲/۱۲	۳۶/۸۶	۲/۰۶	۰/۹۱	۰/۱۸	۰/۹۷	۰/۳۶

با توجه به جدول ۲، نمرات احساس تنهایی گروه آزمایش از نمرات احساس تنهایی در پس‌آزمون کاهش یافته است. ولی در نمرات گروه گواه تفاوت چندانی میان نمرات پیش آزمون و پس‌آزمون مشاهده نمی‌شود. همچنین نمرات خرده مقیاس‌های خانوادگی، عاطفی و دوستان نیز در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. همچنین نتیجه آزمون شاپیرو ویلکز حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (احساس تنهایی و خرده مقیاس‌های آن) است.

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش احساس تنهایی و مولفه‌هایش (N=۳۰)

	اثر	ارزش	آمار F	df فرضیه	df خطای توزیع	سطح معناداری	ضریب اتا (اندازه اثر)	توان آزمون
مقدار ثابت	اثر پیلایی	۰/۹۹	۳۸۹۲/۲۴	۴	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۹۹	۱/۰۰
	لاندای ویلکز	۰/۰۰۲	۳۸۹۲/۲۴	۴	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۹۹	۱/۰۰
گروه	اثر پیلایی	۰/۶۴	۱۱/۳۶	۴	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۶۴	۱/۰۰
	لاندای ویلکز	۰/۳۵	۱۱/۳۶	۴	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۶۴	۱/۰۰

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.89]

در جدول ۳ مقدار هر کدام از دو آزمون نامبرده شده در جدول با آماره F نشان داده شده است که مقدار تبدیل شده آزمون F و یک توزیع تقریبی از آن می‌باشد. بر اساس مقادیر جدول فوق اثر تمامی آزمون‌های نامبرده شده در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار بوده است ($p< ۰/۰۱$)؛ به عبارت دیگر تمامی تقابل‌ها و اثرات بین متغیر احساس تنهایی و مؤلفه‌های آن در سالمندان با سندرم آشیانه خالی در مدل معنادار بوده است.

جدول ٤- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) برای بررسی اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی و مولفه‌هایش (N=۳۰)

	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	ضریب اتا اندازه اثر	توان آزمون
مقدار ثابت	احساس تنهایی	۳۳۶۴۴۴/۳۰	۱	۳۳۶۴۴۴/۳۰	۱۲۴۷۶/۳۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹	۱/۰۰
	خانوادگی	۵۷۲۰۳/۳۳	۱	۵۷۲۰۳/۳۳	۳۰۴۴/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹	۱/۰۰
	عاطفی	۳۲۰۷۸/۷۰	۱	۳۲۰۷۸/۷۰	۵۴۲۳/۹۳	۰/۰۰۰	۰/۹۹	۱/۰۰
	دوستان	۳۷۳۸۳/۷۰	۱	۳۷۳۸۳/۷۰	۶۸۵۶/۲۱	۰/۰۰۰	۰/۹۹	۱/۰۰
گروه	احساس تنهایی	۳۱۳/۶۳	۱	۳۱۳/۶۳	۱۱/۶۳	۰/۰۰۲	۰/۲۹	۰/۹۰
	خانوادگی	۱۹۲/۵۳	۱	۱۹۲/۵۳	۱۰/۲۴	۰/۰۰۳	۰/۲۶	۰/۸۷
	عاطفی	۸۶/۷۰	۱	۸۶/۷۰	۱۴/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۵
	دوستان	۷۳/۶۳	۱	۷۳/۶۳	۱۳/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۴
خطا	احساس تنهایی	۷۵۵/۰۶	۲۸	۲۶/۹۶				
	خانوادگی	۵۲۶/۱۳	۲۸	۱۸/۷۹				
	عاطفی	۱۶۵/۶۰	۲۸	۵/۹۱				
	دوستان	۱۵۲/۶۶	۲۸	۵/۴۵				
کل	احساس تنهایی	۳۳۷۵۱۳/۰۰	۳۰					
	خانوادگی	۵۷۹۲۲/۰۰	۳۰					
	عاطفی	۳۲۳۳۱/۰۰	۳۰					
	دوستان	۳۷۶۰۹/۰۰	۳۰					

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.89]

جدول ۴ آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها، مهم‌ترین نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره را شامل می‌شود. این جدول، آزمون‌های چند متغیره برای عامل‌های درون آزمودنی‌ها و روابط تقابلی بین آن‌ها را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌کنید در این جدول متغیر احساس تنهایی (F=۱۱/۶۳ ،P= ۰/۰۰۲) و خرده مقیاس خانوادگی (F=۱۰/۲۴ ،P= ۰/۰۰۳)، خرده مقیاس عاطفی (F=۱۴/۶۵ ،P= ۰/۰۰۱)و خرده مقیاس دوستان (۰/۰۰۱ =P، F=۱۳/۵۰) در بین سالمندان با سندرم آشیانه خالی معنادار بوده است؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم احساس تنهایی و مولفه‌هایش در گروه آزمایش اثر گذاشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی در سالمندان با سندروم آشیانه خالی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل شده‌ی گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون از لحاظ احساس تنهایی و مولفه‌هایش تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش قابل ملاحظه‌ای بر احساس تنهایی و مولفه‌هایش در گروه آزمایش شده بود. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های صدری‌دمیرچی و رمضانی (۱۱)، خالدیان و سهرابی (۱)، خالدیان و همکاران (۷)، Abitov Ildar & Gorodetskaya (۱۵)، Werner & Dimitris (۱۶)، Luo & Waite (۱۷) و Alpass & Neville (۱۸) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های پژوهش میتوان گفت تمایل برای صمیمت بین فردی با هر انسانی از زمان تولد تا مرگ وجود دارد و هیچ انسانی نیست که به دلیل از دست دادن آن مورد تهدید قرار نگیرد. انسان با نیاز به ارتباط و صمیمیت متولد میشود (۱۱). هنریش و گالن (۲۶) معتقدند هسته‌ی اصلی بیشتر اختلالهای عاطفی، احساس انزوا و تنهایی است. این امر به خصوص در افراد سالمند نمود بیشتری دارد. آدمیان موجودات اجتماعی هستند و به پشتیبانی آرامش و اطمینان خاطری که در همکاری‌های گروهی از جانب دیگران فراهم میشود نیاز دارند. افزون بر ان، از طریق بیان نگرانیهای خود در گروه غالباً میتوانیم مشکلات خود را واضحتر ببینیم. گروه درمانی سالمندان فرصتی است برای حمایت متقابل و وسیله‌ای است برای کمک به بیمار برای مقابله‌ی مؤثر با استرس و سازش با منابع کاهنده‌ی زندگی (۱). اعضای گروه رفاقتهای تازه‌ای را در زمان فقدان دوستان قدیم و بالا بردن احترام و اعتماد به نفس پیدا میکنند (۲۷) سالمندان در این شرایط میتوانند معنای مناسبی در زندگی بیابند، واکنش خویش را آزادانه برای موقعیتهای پیش رو انتخاب کنند و مسئولانه نتایج اعمال و انتخابهای خود را بپذیرند. در این فرایند آنها متوجه میشوند که رنج دوری از فرزندان و طرد شدن از سوی آنها، غم و اندوه، کمبودها، بیماریها و مشکلات جسمانی اجتناب ناپذیر است و فقط یک فرصت باقی میماند که در این موقعیت شیوه‌ی نگرش و طرز برخوردشان با مشکل و تحمل مصائب را تغییر دهند، با معنا دادن به رنجها و دردها بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند و با توجه به گذرا بودن زندگی، وقت، عمر و امکانات خود را صرف کیفیت

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.89]

بخشیدن به زندگی و نه کمیت آن کنند و با نگاهی خوشبینانه به آینده، تعیین اهداف، ارزشها و طرح‌ریزی برنامه‌های جدید در زندگی جرأت روبه‌رو شدن صادقانه و حقیقی با زندگی را پیدا کنند. میتوان گفت آگاهی و درک جدیدتر و عمیق‌تری که برای سالمندان ایجاد میشود آنان را ترغیب میکند که امیدوارانه و با انگیزه‌تر به زندگی خود ادامه دهند. همچنین می‌آموزند که با تمرکز نکردن به زمان و چگونگی مرگ خود زندگی هدفمندتری داشته باشند (۷).

به طور کلی، در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزشها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزشها، منجر به کاهش احساس تنهایی در سالمندان شد. در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی، کمک به افراد در راستای تجربه کردن افکار آزار دهنده‌شان صرفاً به عنوان یک فکر و انجام امور مهم زندگیشان در راستای ارزشهایشان بود؛ در این درمان، با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنشها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع در فرآیند این درمان، به سالمند آموزش داده شد که چگونه از افکار آزاردهنده رهایی یابند، به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل کردن بپذیرند، ارزشهایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند (۲۳).

نکته مهم درکاربرد این روش این است که روش گروهی محاسن فراوانی دارد که منجر به تسهیل وتسریع فرایند درمان می شود. از جمله اینکه بسیاری از سالمندان با سندرم آشیانه خالی به نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و احساس تنهایی خود دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی سالمندان می‌گردد و انزوای اجتماعی احساس منحصر به فرد بودن را در آنها تقویت می‌کند (۱۱). درمان گروهی به سهولت این امکان را فراهم می سازد که تعدادی از این افراد در یک مکان جمع شده، با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود به گفتگو بنشینند. از بین رفتن این احساس انحصار نه تنها باعث آرامش و راحتی افراد میشود بلکه به توسعه‌ی روابط آنها در خارج از محیط درمانی کمک می کند ضمن اینکه اعضای گروه در جریان تعامل، به یکدیگر کمک می‌کنند، یعنی در جریان درمان از یکدیگر حمایت می کنند، به هم اطمینان می دهند، پیشنهاد می‌کنند و بینش می دهند به همین دلیل اغلب سالمندان در اثر گوش کردن به سایر افراد گروه، با مشاهده ی آنها به شاخص هایی می رسند که از درمانگر نمی گیرند. در مجموع به نظر می رسد کاربرد این روش به لحاظبالینی سودمند و اثربخش و از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه و قابل توصیه است (۱).

به طور کلی نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد میتواند احساس تنهایی را در سالمندان با سندرم اشیانه خالی کاهش دهد و پیشنهاد میشود متخصصان حوزه سلامت در کنار سایر رویکردهای روان‌درمانی به روشهای درمانی جدیدتر از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت که در کاهش احساس تنهایی سالمندان مؤثر هستند نیز توجه ویژه مبذول کنند. این پژوهش مانند هر پژوهش دیگر محدودیتهایی از جمله محدودیت در روایی بیرونی داشت. همچنین می‌توان به عدم انجام مرحله پیگیری و در دسترس بودن جامعه

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.89]

آماری اشاره کرد که در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود. علاوه بر آن با توجه به یافته های این تحقیق که نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بـه شـیوه گروهـی در کـاهش احسـاس تنهایی در سالمندان با سندرم آشیانه خالی مؤثر می باشد، پیشنهاد می گردد که محققین بعدی این دوره از چرخـه زنـدگی (آشـیانه خالی) را نیز موضوع مطالعه خود قرار دهند و به ارتقـای سـلامت روان و سطح زندگی آنان همت گمارند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران خود را موظف می دانند به رسم امانتداری علمی و به پاس همکاری از تمام سالمندان گرامی که همکاری داشته انـد و پرسشنامه را با صبر و حوصله پاسخ دادنـد و در جلسـات شـرکت نموده اند تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Damirchi Sadri A, Ramezani Sh. The effectiveness of treatment on loneliness and anxiety of death in the elderly. Journal of Psychology Aging. 2016; 2 (1): 1-12. (Persian).
2. Khaledian M, Sohrabi F. The effectiveness of sense therapy on depression and hope in the elderly with the syndrome of Empty Nest. Journal of Clinical Psychology.2014. 15 (4): 79-103. (Persian).
3. Kaisa E, Sirpa H, Irma N. Is Loneliness Associated with Malnutrition in Older People? International Journal of Gerontology. 2016; 10(1): 43-45.
4. Leibing A, Guberman N, Wiles J. Liminal homes: Older people, loss of capacities, and the present future of living spaces. Journal of Aging Studies. 2016; 37(2): 10–19.
5. Zhou Ch , Chunmei Ji, Jie Chu, Alexis Medina, Cuicui Li, Shan Jiang, Wengui Zheng, Jing Liu, Scott Rozelle. Non-use of health care service among empty-nest elderly in Shandong, China: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2015; 15: 294. Published online 2015 Jul 29. doi: 10.1186/s12913-015-0974-1
6. Fakhri F.R, Hashemi M.A. A Qualitative Research: Postmenopausal Women's Experiences of Abuse. Procedia–Socialand Behavioral Sciences. 2013; 82: 57–60. (Persian).
7. Yang T, Chu J, Zhou C, Medina A, Li C, Jiang S, Zheng W, Sun L, Liu J. Catastrophic health expenditure: a comparative analysis of empty-nest and non-empty-nest households with seniors in Shandong, China. BMJ Open. 2016; 5-6(7):e010992. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010992.
8. Duvall E.M. Marriage and family development (5th ed). New York: Lippincott.1997. P: 65-66.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.89]

9. Khaledian M, Gharibi H, gholizadeh K, Shakeri R. The effectiveness of cognitive - behavioral depression and life expectancy empty nest syndrome. Journal of Counseling and Psychotherapy family. 2013; 2: 261-279 (Persian).
10. Momeni Kh. The effectiveness of integrative reminiscence and narrative reducing the symptoms of depression in elderly women living in nursing homes. Journal of Consulting and family psychotherapy.2011; 1 (3): 361-388 (Persian).
11. Whelen S. M, Heather B, Michelle Feltz R, Whelen M. Loneliness among People with Spinal Cord Injury: Exploring the Psychometric Properties of the 3-item Loneliness Scale. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2016; 97(10): 1728-1734.
12. Routasalo P.E, Savikko N, Tilvis R.S, Strandberg T.E, Pitkala K.H. Social contacts and their Relationship to Loneliness among people- a population Based study. Gerontology. 2006; 52(2): 181-187.
13. Chiang K.J, Chu H, Chang H.J, Chung M.H, Chen C.H, Chiou H.G, Chou K.R. The effect of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. Journal of geriatric psychiatry. 2009; 25(4): 380-388.
14. Fakhar F, Navabinejad Sh, Foroughan M. The effect of group counseling therapy approach on the mental health of older women. Iranian Journal of Ageing. 2008; 7 (3): 58-67. [Persian].
15. Mclnnis G. J, White J. H. A phenomenological Exploration of Loneliness in the older Adult. Archives of psychiatric Nursing. 2001; 20(3): 128-139.
16. Abitov Ildar R, Gorodetskaya Inna M. Self-Regulation and Experience of Loneliness of Elderly People Who Live in Social Care Residences. International Journal of Environmental and Science Education. 2016; 11(6): 1021-1029.
17. Werner S, Dimitris M. The lost Gemeinschaft: How people working with the elderly explain loneliness. Journal of Aging Studies. 2015; 33(2): 1–10.
18. Luo Y, Waite L. J. Loneliness and Mortality among Older Adults in China. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2014; 69(4): 633–645.
19. Alpass F. M, Neville S. Loneliness, Health and Depression in older males. Journal Aging & Mental health. 2010; 7(23), 212-216.
20. Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H, Zinman B, Rossi S, … Prochaska J. O. Stages of change for healthy eating in diabetes: Relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. Diabetes Care. 2003; 2(5): 468-474.
21. Hayes S.C, Luoma J.B, Bond F.W, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy. 2006; 44(1): 1-25.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.89]

22. Forman E.M, Herbert D. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance based therapies, chapter to appear. In W. T. O'Donohue, J. E. Fisher, (Eds.), Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice. 2009. P: 198-9(2nd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
23. Kakavand A.R, Baqeri M.R, Shirmohamadi F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Stress Reductionin Afflicted Elderly Men to Heart Diseases. Journal of Aging Psychology. 2016, 1(3): 169-178. (Persian).
24. Izadi R, Abedi M. Acceptance and Commitment Therapy. Tehran: Jungle.2013.P:1-210 (Persian).
25. Dehshiri Gh.R, Borjali A, Sheikhi M, Habibi Askarabadi M. Construction and Validation of a Scale loneliness among students. Psychology Quarterly. 2008; 12 (47): 282-296. [Persian].
26. Dahl C, Stuart A, Martel K, Kaplan C. ACT and RFT in relationships: helping clients eager for intimacy and maintain healthy obligations. Translation: Navabinejad Sh, Saadati N. and Rostami M. The first edition, Tehran: the Jungle.2015.P:1-297. (Persian).
27. Henrich L.M, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. Clinical Psychology Review. 2006; 26(1): 695-718.
28. Sadock B.J, Sadock V.A. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Lippincott Wilkins: Wolters Kluwer.2007.P: 120-3.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.89]